

その他

医師の裁量権と患者の自己決定権

(2) 医師の作法と真実告知あるいはパレーシアの倫理をめぐって

Doctor's Discretion versus Patient's Self-determination:

(Part II) Around Ethics for Doctors' Manners as Truth-telling
or 'Parrhesia'

村岡 潔

Kiyoshi MURAOKA

抄 録

本稿は、医師の裁量と患者の自己決定の間の対立的ならびに調和的關係に関する論考の続編である。今回は、医師－患者関係における「医師の裁量権」を踏まえた医師の作法、特に真実告知 (truth-telling) という倫理的行為の機制をめぐり医師ないしは医療者の作法を巡って検討した。

第1節では、医師－患者関係のモデルの中で真実告知がしめる位置について示し、第2節では、米国病院協会の「患者の権利章典」を取り上げ、その条項を読解することで医師－患者関係に裏付けられている医師ないし医療者の作法について考察した。第3節では、臨床での患者観察の際の記録における医師の側の作法について検討し、病歴聴取の際に患者を全人的にとらえるように努めることがその作法として重要であることを指摘した。第4節では、真実告知について、M・フーコーが晩年に注目したパレーシア (真実を語ること) の倫理の構造を解説し、それと医療過誤の際の内部告発の機能について若干の検討を加えた。

キーワード 医師の裁量権と患者の自己決定権、医師の作法、患者の権利章典、真実告知、パレーシア

I. はじめに～何が問題か

本稿では、初稿¹⁾と同じ趣旨に基づき、医師の裁量と患者の自己決定の間の対立的ならびに調和的關係について論ずるものである。日常診療における「医師の裁量権」と「患者の自己

決定権」が医師—患者関係（患者—医療者関係）^{〔注1〕}において「医師の裁量権と患者の自己決定権」を踏まえた医師の作法，特に真実告知（truth-telling）という倫理的行為の機制・役割を巡って検討する．さらに，真実告知については，文末では，M・フーコーが晩年に注目したパレーシア（真実を語ること）の倫理の構造を解説し，それと医療過誤の際の内部告発の機能について若干の検討を加える．

本稿で前提とする医師—患者関係のモデルは，（P）牧師モデル，（E）工学モデル，および（C）契約モデルの3者からなる，北米由来の医師—患者関係のモデル^{3）}〔注2〕で，臨床の場で，個々の「患者—医療者関係」のパターンを判別し，それが牧師モデルや工学モデルならば，そこから契約モデルへの向上を図るという志向性を持つものである．この際に，真実告知を前提条件とするならば，工学モデルと契約モデルが主流となってくる．牧師モデルの特性の一つであるパターンリズムは，医師の裁量を優先するために真実告知を等閑視する結果となり，患者の自己決定権を損なう傾向が強いからだ．なお，工学モデルでは真実告知はなされるものの，医師本位の開示であることが多く，患者の意思決定を医師の判断に誘導する傾向も少なくない．

医師の裁量と患者への真実告知の関係を明らかにするには，中川米造^{4）}の指摘が参考になろう．中川は，日本国憲法が保障する国民の健康権としての自己決定権について次のように述べている．すなわち西ドイツ基本法第2条第2項によれば，次のようになる．本来，人間の身体は不可侵のものであるが，医療による健康回復のために身体不可侵の原則を理性的に犠牲にする場合，それがどのような状況下において許されるものかどうかの判断は本人以外の誰も判断できない．この原則は医師をも拘束する．医師が，患者の同意が適時に得られるにも関わらず，事前の同意を得ることなしに，専断的かつ独裁的に，重大な結果をもたらす手術を行なったならば，それは人格の自由及び尊厳に対する違法な侵害である．かりにそれが医学的に正当な理由があるにせよ，そうなのである．

それを受けて中川は，こうした患者の主体性の原則となる「真実を知る権利」の要件として「知った上での同意（informed consent）」^{5）}〔注3〕を挙げている．このように患者の主体性が明らかにされてくると，医師の立ち位置も自ずと明らかになる．すなわち，契約モデルでは，医療者は本質的に援助者であり，患者の要求にこたえて，患者の意思を支えることが要請される．したがって，医師の臨床における作法としては，まず，自ら援助者としてふるまうことである．特に，真実告知という情報開示は同意を得るうえで不可欠の手続きとなる．なぜなら，近代社会では，ある人が第三者に薬物を投与したり，手術によって外傷を負わせたりして危害を加えることは，一般には傷害罪に相当する違法行為である．医療者にその行為が許されるのは，患者という傷病者の救助というやむを得ない手段として行われるために，医療行為に関しては違法性が阻却されるためである．その阻却条件は，医療者が国家資格をもつだけでは不十分で，治療対象の患者の自律的な同意が不可欠である．その同意も，患者自身が自らに行われる医療

行為を熟知したうえでのインフォームド・コンセントでなければならない。そのためには、医療者による患者本位の情報開示が欠かせない。

次節では、この援助者としての医師の作法に関しては、1973年に採択された米国病院協会の「患者の権利章典」を組上に載せて吟味してみよう。

II. 患者の権利を遵守するための医師の作法とは何か

この節では、米国病院協会 (American Hospital Association) ⁶⁾ が発信した、患者の権利章典 (A Patient's Bill of Rights) の12条項が示唆する医師の作法の側面を検討する。米国病院協会は、『患者の権利章典 (PATIENT'S BILL OF RIGHTS)』(1973年制定) が指し示す諸権利を遵守することで、より効果的な医療 (ヘルスケア) に役立ち、患者や担当の医療者および病院施設にとっても大きな満足が得られる道しるべとなることを期待しつつ、この章典を提唱した。各条項の主語は患者であるが、臨床倫理上、理想的な医師—患者関係において、患者の権利を守るためには医師を含む医療者はどのようにふるまえばよいのかについて具体的に記述されている。日本では、これに類する患者の権利章典は一部の病院では制定され来院患者に提示されているが、大学附属病院などの大病院では40年後の今日に至るも必ずしも広く普及しているとは言えない。その前文では「協会は診療の最も中心たるべき患者に代わって、会員病院がこの章典を支持することを期待する。適切な医療において医師—患者関係が重要なことは周知の通りである。この医師—患者関係は、医療が「今日の病院治療のような」^[注4] 組織的な構造によって提供されるとき、新しい局面を迎える。法律的にも病院が患者に対し責任のあることは判例として確立されている。つまり以下の諸権利は肯定されているという認識が成立している」と述べている。

その12項目 (中川米造訳) を逐次以下に□枠で挟んで示す。患者の権利は、同時に、医療者の義務であり、その遵守は本稿でいう「医師の作法」なのである。(解題) は筆者の読み方である。

① 患者は、親切・ていねいな医療を受ける権利がある。

(解題) この条文は「医師ないしは医療者は、親切でていねいな医療を行なう義務がある」と読み替えることができる。以下も同様である。この条項があることは、米国でも1970年代までは、医師の作法には、このように明文化されるような問題ある治療が広く行われていたらしいことを意味している。

② 患者は自分の診断・治療および予後に関し、患者に当然理解できる言葉で、担当医から完全な情報をうける権利がある。医学的に、そのような情報が患者のためにならないときは、彼の代わりの誰か適切な人に、それを可能にしなければならない。患者は自分の医療を調整する責任に当たる医師の名前を知る権利がある。

（解題）医師または医療者は、患者に診断・治療・予後などに関して情報開示する際には、わかりやすい言葉で話さなければならない。わかりやすくするためにイラストなどで図示したり、映像を見せたりすることも必要となろう。また、「完全な情報」とは、患者が治療方針などの意思決定に必要十分なという意味である。

業務上、医療者同士でしか必要でない情報（例えば、手術でどのようなメスを使うか、どのような術式を使うか、降圧剤をどのメーカーのモノにするか、等々）までもすべて伝えるべきだという意味ではない。「そのような情報が患者のためにならない」とは、情報を直接患者に伝えることが医学的見地から望ましくないと思われる場合は、その利益を代行する代理人に説明すべきことを意味している。これは、患者が未成年であったり、動揺した状態にあったりする場合、医師は患者に直接伝えることに問題がないかどうかを吟味し、その患者の代理決定につなげる作法でもある。また、治療の責任者の名前を知る権利に対しては、今日の日本でも、ほとんどの施設が名札をつける慣習に変化してきている。

③患者は、あらゆる処置や治療が始められる前にインフォームド・コンセントに必要な情報を担当医から受ける権利がある。緊急の場合を除き、インフォームド・コンセントのための情報は、それぞれの処置や説明に限定せず、それによっておこりうる医学的に意味のある危険性および、予想される行動制限の期間をも含まねばならない。診療に関して、医学的に他の方法も存在するとき、または、患者が他の方法についての情報を求めたときには、患者はそのような情報について知る権利がある。また、患者は、この処置・治療に責任をもつ人の名前を知る権利がある。

（解題）医師または医療者は、処置や治療の前に、患者のインフォームド・コンセントの履行に必要な情報を開示しなければならない。緊急時、患者が出血している場合などで、インフォームド・コンセントを得ている時間的余裕がない場合など、生命保護のための処置を最優先するのは当然だ。だが、容体が落ち着き、対話が可能になり次第、それまでの状況や経過や予後について本人に情報告知する義務がある。このような場合でも、家族や代理人には、処置や治療の前から情報開示しておくことが望ましい。

インフォームド・コンセントのために提供すべき情報としては、

- 1) 「医師の専門的な業務遂行に十分な情報」：病名、状態、服薬・手術などが必要な理由…等
- 2) 「患者の理性的な選択に必要な情報」：薬の副作用や手術の成功率、5年生存率…等
- 3) 「患者の非理性的な選択に必要な情報」：診療拒否や輸血拒否などの場合、どうなるか、等がある。医師または医療者の作法としては、1) と 2) だけでは不十分で、3) のいわゆる「愚行の権利」までも念頭において情報開示・真実告知が行なわれなければならない。

また、治療法に複数の選択肢があるときは、患者がそれを知りたいか否かにかかわらず、情報開示の際に提示しなければならない。特に治療が、内科的な薬物療法か、外科的な手術なの

か、あるいは内視鏡的切除なのかなどの選択肢が存在する場合、内科医は薬物的に、外科医は外科的に傾きやすいと考えられるので自分の専門領域に固執せず医学的適用に従うよう要注意である。また、患者のセカンド・オピニオンの要望も妨げるべきではない。自分の判断や方針が医学的に正当であれば、自信をもって患者の他医へのコンサルテーションを認めることができよう。

責任者の名前については、前項と同様である。

④患者は法律の認める範囲において治療を拒否すること、および、そのために起こる医学的な結果を知る権利がある。

(解題) この場合の医師または医療者の作法は、前条項の「3) 患者の非理性的な選択に必要な情報」の場合と同じである。理想的な医師—患者関係においては、患者の「愚行権」を認めることが前提である。医師または医療者は、医学上最善とみられる治療法を考えるが当然だが、患者側にとってそれが最善の選択とは限らない点に留意する必要がある。

筆者の経験した事例では、年末に印刷工が右手の親指を輪転機に挟み切断した。筆者の夜間外来に切断された指先も持参したので整形外科医と指の縫合手術を行なう方針を立てたが、本人は残念ながらそれを拒否した。手術をすると入院することになり工場に戻れない。ところが中小企業なので年内に引き受けた仕事を仕上げなくては倒産のおそれもある。その結果、医師の説得もむなしく切断した先端部分を縫い合わせる断端形成手術になってしまった。

また「法律の認める範囲」とは、本邦にはないが、例えば、米国等には裁判所命令という法の縛りがあり、その種の問題を指すと言えよう。キリスト教の一宗派のエホバの証人の信者が輸血を拒否する際も、その患者が未成年であったり、乳飲み子を抱えた若い母であったりする場合、裁判所は、医師の輸血の求めに応じて、即決で輸血命令が出されることがある。その理由は、親に強制されて入信した未成年の場合、成人したら信者をやめる可能性があるし、若い母の場合は、育児の放棄の手助けになってしまいかねないから、といったことが考えられる。

さらに、治療の拒否権は、手術の当日でも患者は理由の如何を問わず行使することができる。これは当日手術室を開けて準備していた医師または医療者側にとってはたまらないが、筆者は、これを「翻意権」と名づけ、患者の愚行権の一つとみなしている。こうした事態の意味は、医師—患者関係が上手くいっていなかった証左である。医師または医療者側は、わがりのわらい患者だと評するかもしれないが、その責任は、情報開示に失敗した医師または医療者の方が大きい。情報開示というのは、単に患者の前で医療情報を開陳するだけでなく、患者のインフォームド・コンセントのためには、十分に納得してもらう必要があるからだ。

⑤患者は、自分の医療計画に関するプライバシーについてあらゆる配慮を受ける権利がある。症例検討会、顧問医の診療・検査および治療のあらゆる場合に秘密が守られ慎重におこなわれなければならない。直接診療に関係ない事項については、公表する場合に患者の承認を得なければならない。

⑥患者は、自分の診療に関するあらゆる記録が外部にもらされないよう期待する権利がある。

（解題）医師または医療者は、患者のプライバシー権を守るため、個人情報に極力保護しなければならない。特に院内の症例検討会やカンファレンス、さらには学会発表などで、個人としての患者のデータを使う場合、症例報告だけでなく、患者本人のインフォームド・コンセントが必要になる。匿名にしている、稀な疾患や難病などの患者は、いろいろなインターネットを含めた間接的だが広範囲の情報によって同定されてしまうことがある。いくら医学的に貴重な症例やデータでも、当事者の患者のインフォームド・コンセントがない場合、公表は断念しなければならない。

⑦患者は、病院のできる範囲において、病院の診療内容に関して要求して納得できる対応を期待する権利がある。病院は、その要求の緊急度に応じてそれを評価し、診療内容を高め、あるいは他施設へ紹介しなければならない。転院が医学的に可能でも、患者が、転院の必要性や転院しない場合の代案について完全な情報を与えられた後でなければ、他の施設に移送してはならない。転院を頼まれた側の施設は、それをひとまず受け入れなければならない。

⑧患者は、自分の治療に関して、他の保健・医療機関や教育機関が、治療を受けている病院と関連がある場合、その情報を知る権利がある。患者は、自分の治療に関し、何らかの職能者が関与しているときは、その名前について情報を受ける権利がある。

（解題）医師または医療者は、自分の守備範囲や能力を超える病気である場合、可能な限り、他院に診療の紹介や救急車等で転送を行わなければならない。当事者の患者が希望する場合も同様である。例えば、自分にそうした能力があり自分の産科病院で実際に治療が実施可能でも、産科婦人科学会のガイドラインで非配偶者間の体外受精や卵子提供が禁止されている場合、それらの生殖補助医療を行なっている一部の病院に紹介するような場合もこの条項に相当する。

⑨患者は、病院側が、自分の診療に関連して人体実験〔臨床試験等〕を行なおうとするときには、それを知らされる権利がある。患者は、そのような研究計画に関与することを拒否する権利がある。

（解題）ここで言う人体実験とは、ナチス・ドイツや旧日本軍七三一部隊のおこなった人体実験とは異なって、人権に配慮された実験でなければならない。それが第二次大戦後、ニュールンベルグ綱領や1964年のヘルシンキ宣言を通じて、被験者や患者のインフォームド・コンセントが不可欠とされた経緯である。人体実験と聞くと眉をひそめる人も多いが、現代医学の発展のためには、人体実験⁷⁾は不可欠である。20世紀後半以降、生命倫理学が展開してきたのは、被験者保護のためのインフォームド・コンセント理念の普及である。日本では、人体実験とは言わず、治験とか臨床試験ということが通常である。しかし、1998年、金沢大学医学部付属病院産婦人科では、がん患者の同意を得ずに臨床試験⁸⁾を行ない、医事訴訟になっている。

⑩患者は、自分の治療の一貫性を期待する権利がある。患者は、あらかじめ、診療の予約日時・場所を知る権利がある。患者は退院後、担当医またはその代理者から継続診療の必要性に関して情報を受けるための仕組みを病院が備えていると期待する権利がある。

(解題) 治療の一貫性は大事な概念である。⑩の条項の内容は、退院後の通院と指導も含め、日本ではおおむね実施されている内容と言えよう。むしろ患者の側が、「医者や看護師は忙しいから」などと医師または医療者に遠慮して、開示情報についての疑問点を解明する機会を逃してしまう可能性がある。医師または医療者側は、こうした点にも留意する必要がある。

⑪患者は、どこが支払うにしても医療費の請求書を点検し説明を受ける権利がある。

⑫患者は、患者としての自分の行動に適用される病院の規定・規則を知る権利がある。

(解題) 日本では、医療費の費目や細目にまで詳しく尋ねる患者や家族はほとんどいない。これは、そういった権利があることが患者側に知られてないためでもあろう。外来受付や退院時などにそうした説明を行なう相談窓口などがいない場合は、早急に設置すべきである。

まとめて米国病院協会側も、こうした「権利の項目」を列挙しただけでは、患者が当然の権利として医師または医療者に期待する診療は必ずしも保障できないことは理解している。また病院は、病気の治療と予防、医師または医療者と患者の教育、臨床研究など多くの業務機能を果たす必要がある。患者の権利を保障するためには、これらの仕事を、人間としての患者の尊厳への配慮を最優先すべきであり、この配慮の達成こそ患者の権利を守るゆえんだとしている。

なお『患者の権利章典』は、1992年に改訂⁹⁾された。主な点を筆者がまとめた次のような内容が加味された。

- a) 患者には、リビングウィル、代理人、永続的委任状 (durable power of attorney) 等の事前指示 (アドバンス・ディレクティブ) を有する権利があること、
- b) 医療施設は患者にインフォームド・チョイスを行なう権利があることを助言し、事前指示があるかを尋ね、その情報を診療記録に含めなければならないこと、
- c) 患者には診療記録を閲覧し、その医療情報についての説明・解釈を求める権利があること、

(解題) a) b) の項目は、1973年の初版には明示されていなかったものだが、その後のターミナルケアや緩和医療の進展に伴い、欠けていた事前指示という患者の自己決定を定着させる必要からである。そのためには、医師または医療者の側にも、十分な情報開示と患者の事前指示という意思決定の尊重が求められる。インフォームド・チョイスは、インフォームド・コンセントと同じ内容であるが、医療的判断には、複数の選択肢の存在が前提となっている。

c) は、最初の⑪項とつながる内容であるが、診療録は、元来、患者のものでもあるという認識が高まることになろう。医師—患者関係における医師または医療者と患者の相互理解を深めるためにも、診療内容に関するコンサルテーションの窓口は必要になろう。

また改訂版では、臨床の場で、医師または医療者と患者のコラボレーションの必要性から患者やその家族・代理人が治療行程に参加するように要請している。それは、治療の効果や治療に対する患者の満足度の向上が、患者らが次のような患者側の義務を果たすことにもかかっているからだとしている。その義務とは、以下のようなものである。

- a) 過去の病気（既往症）、入院、治療など健康状態に関する情報（既往歴）を医師または医療者に伝えること
- b) 意思決定を効果的なものにするために、患者は、自分の健康状態や治療についての情報や指示が十分に理解できなかった場合、さらに説明を受けてはっきりさせておくこと
- c) 明文化された事前指示の写しを病院側も保持していることを確認すること
- d) 治療に従うことに懸念があるならば、担当する医師や他の医療者に、そのことを伝えるべきであること
- e) 自分のライフスタイルが自らの健康状態に影響することを認識すること

（解題）日本でも、医師または医療者の前に出るとおとなしく何も質問しない患者は少なくない。改訂版が、わざわざ「患者の義務」を明記したのは、患者自身が、医療における「患者の権利」を理解し行使し、自らの治療過程に参画することが医療のリテラシーを高める第一歩となり、契約モデルという理想的な医師—患者関係を目指す相互参加の医療の契機となる。

病室でも、医師または医療者から点滴を受ける際にも「この中味はなんですか？」などと、疑問に思ったことは何でも納得するまで聞くという態度が肝心なのだ。その一言のやり取りのおかげで、点滴の取り違いなどの「医療過誤」を防ぐことになるだろう。また医師または医療者の側は、そういう患者の態度に気分を害することなくきちんと答えることが重要である。それが契約モデルにおける医師または医療者の援助者としての作法なのである。また、患者が自分の症状や既往歴などの医療情報を明示することで、医師または医療者は思い込み（誤診）を避けることができる。このように、情報のやり取りが医師—患者関係のレベルを豊かにするのである。

日本でも、患者の権利の向上のためには、どの病院でも患者が「患者の権利章典」のように患者の権利を明記したパンフレットが手にとれるようになることが望ましい。患者の権利章典は、患者の権利と同時に、医師—患者関係のあり方を示している。

すなわち、臨床の場における医師または医療者の作法の章典でもあることになる。

III. 患者観察の記録における医師の作法とは何か

この節では、医療行為そのものにおける医師または医療者の作法についても、若干、触れておこう。医師—患者関係のありさまは、病歴（Medical history）にも記載されている。それには自分の日記のように自由に思いつくままに記載することは認められない。診療録（Medical

Record) は、診療経過の記録として真実告知の場合でもあるからだ。

筆者が医師になって病棟で勤務を始めたのは1975年であった。そのころの診療録では、病歴など先輩医師の記録はすべて手書きであった上に、非常に読みにくいものであった。それは、ムンテラのような和製ドイツ語が多かっただけでなく、まるで主治医の日記のようであって、第三者は医師でも意味が理解できないものも少なくなかった。つまり、主治医本人が理解していればそれで済むような代物だった。今日の視点で見れば、医師としての治療方針などの考え方や治療結果に対する総括がなされたものではなく、医療倫理上も問題の多いものであった。

チーム医療という観点もまだなく、担当患者に関する医療情報として、仲間の医師や同僚の看護師と共有する必要な情報を満載したファイルとは程遠いものであった。1970年代後半になるとPOS (The Problem Oriented System)¹⁰⁾ がようやく病院全体に普及し始めた。それ以降、診療録上からは「ドイツ語」が徐々に消えて行き、代わりに英語が増えていった。また、看護スタッフとの情報交換も重要とみなされるようになり、診療録の日本語の部分も多くなっている。POSは、「医師、看護師、コメディカルの共有の診療記録」なので、情報が共有できなければ存在意義も乏しい。そのための共有すべき情報としては、医師または医療者は、基礎データ、現病歴、既往歴、家族歴、診察所見、臨床検査所見が明記することが作法として要請されている。今後主流となる電子診療録にとって「POSは、チーム医療の原理が病院と病院、病院と診療所、病院と介護施設という外部との連携」の面からも外せない。

病歴では、POSでいうような主観的情報 (Subjective Data) と客観的情報 (Objective Data) の峻別が重要となる。すなわち前者は患者の語り (narrative) であり、後者は医師または医療者の評価の語りである。両者を分別し、できる限り正確に記述することが医師の作法である。POSの中の病歴は、診療録の構成要素の「DATA BASE (基礎データ)」¹¹⁾ に含まれる。そのData Baseは、「患者の生活像」、「病歴」、「診察所見」、「検査データ」、「系統別レビュー」のうちの「患者の生活像」に含まれ、さらに「患者の生活像」は、①出生地及び住居、②学歴・職歴、③現在の仕事内容と立場、④結婚歴、⑤宗教、⑥趣味、⑦一日の過ごし方、⑧嗜好からなる。また病歴は、①主訴 (患者が受診するきっかけとなった症状や心配事を1つ以上記す)、②現病歴、③既往歴、④家族歴から構成されている。広義の病歴としては上記の「患者の生活像」を加味した範囲まで「病歴」で叙述されるべき内容としたい。病歴をとる作法として、医療者は、患者を人間全体としてみるだが、そのためには、人類学者のような観察力や名探偵シャーロック・ホームズのような洞察力を日常臨床の積み重ねの中で培っておかねばならないだろう。

また『ベイツ診察法』¹²⁾ では、病歴の内容は、包括的病歴聴取の概要に加えて、日付と時刻、患者情報 (年齢・性別・職業・職歴・配偶者の有無などの個人情報) からなる初期情報や、さらに、主訴、現病歴、既往歴、家族歴、個人歴と社会歴、システムレビューが加味される。『ベイツ診察法』による病歴記録の要点は以下の通りである。主訴は患者自身の言葉で記載す

る。訴えを自覚していない場合は、患者の受診目的を記載する。これらは、すべて医師の裁量にゆだねられている。現病歴では、主訴について詳しく聴き、症状がどのように出現したかを時系列で記述する。特に、症状の特徴を次の7項目に従い記載するそれは①部位、②質、③重症度、④発症時期・持続時間・頻度、⑤発症時の状況、⑥増悪因子・軽快因子、⑦関連症状であり、患者の言葉を整理して記述することが必要である。さらに薬剤（名前、使用料、投与経路、使用頻度）、アレルギー、喫煙、アルコール・違法薬物などの叙述も欠かせまい。

患者の既往歴には、小児期の病歴（麻疹・風疹・ムンプスなど感染症、あるいはリウマチなどの慢性疾患）、成人後の内科、外科、産婦人科、精神科に関する病歴が含まれる。健康管理の度合いを示すワクチン歴と検診歴とその結果についても加味する。家族歴には、両親・祖父母・兄弟姉妹・孫を含める。注目すべきは、がん（臓器別）、脳卒中、高血圧・冠動脈疾患・高脂血症（脂質異常）、精神疾患、自殺、アルコール・薬物中毒、アレルギーなどが挙げられる。個人歴と社会歴では、患者の性格や趣味、社会的支援、職業・職歴、最終学歴、家庭環境、これまでのストレスの要因、兵役、経済状況、退職、〔離婚、生別、死別〕などの重要な人生経験、イベント、レジャー活動、宗教や信仰、ADL（日常生活動作）、生活習慣（運動や食事内容）、安全対策（シートベルトやヘルメットの着用など）、代替医療〔漢方、鍼灸、ホメオパシー等〕などを含む。

病歴の完成のための作業としてのシステムレビューの基本は「頭からつま先まで体全体に質問すること」である。システムレビューの最中に、患者が見過ごしていた問題に気づいたり、重要な疾患を思い出したりすることもある。このようにシステムレビューは身体の各部位に生じやすい症状の有無について患者から引き出す作業であり、病歴のまとめに欠かせないプロセスである。従来、医師または医療者は、患者に対して、このような多数の項目を調査し病像をまとめ上げることによって診断のシミュレーションを可能にすることができた。

A・ワイル¹³⁾によれば、ヒポクラテスは、その著『空気・水・土地について』では、人の生活と地形、気象、季節、天候、食物などとの関係が詳述されており、19世紀後半までこれを読むことが必須とされていた。ヒポクラテス派の医師は、細かい問診と視診に基づいて診療を行ない、「何よりもまず患者を傷つけないこと」をモットーにしていた。しかし、時代がはるかに下った現代でも、医師の診療作法の本質は基本的に変っていない。

筆者らが医学生や研修医だった1970年代頃は、内科診断学の教授もこのように医師の作法を教えていた。病歴から病像を組み立て診断に至る思考過程や推論の過程（Gedankengang）が重要であり、その推論を証明するために行なう手段が血液検査やX線検査だったのである。診断予測も立てずに検査をすると叱られたものだった。現在は、病歴などは疎かになり、いきなり血液検査、CTやMRIなどの画像検査が行われるよう作法が変わった。そして操作的にマニュアル通りに得られた異常所見を組み合わせで判じ物を解くようにして診断に至るようになっている。こうなってしまうと、病室で病苦をかかえている患者よりも、カンファレンスルー

ムで飛び交うデータに病気のリアリティを感じる傾向が高まっている。患者は、データを「抜き取られた」残渣にすぎず、看護師を除けば、少なからず、毎日、主治医と会って言葉を交わすことが珍しい存在になっている。こうした医師のスタイルは、近年、増えているように感じられる。

福井次矢¹⁴⁾によれば、医療面接で得られた情報が、診断上、どのくらい役にたっているかだが、病歴情報から考えた仮説病名と、その後の身体所見や検査結果、さらには経過観察して得られた最終診断名との比較する研究の成果を総合すると、56%～83%に両者の一致を見ているという。しかも、両者が一致する割合は、今のような診断機器が発達していなかった40年前以上と大差なかった。まとめると、医師または医療者の作法として、伝統に則ってきちんと患者にふれて集めてレビューした病歴情報を活用するなら、無駄な検査も減り、患者への侵襲や負担を減らすこと（医療費も減らせる）につながるはずである。

IV. 医師または医療者のパレーシアの作法について

以上、医師または医療者の真実告知に重要となる作法について述べてきた。本稿の最後に、M・フーコーが晩年に注目したパレーシアという言葉は徳の倫理の構造を一瞥し、それと医療過誤の際の内部告発の機能について若干の問題提起を行いたい。

パレーシアとは古代ギリシャの哲学に端を発する概念で、語源の「すべてを語ること」ことから「真実を語ること」という語義をもつようになったと言えよう。しかし現代医療の臨床現場では、従来、パレーシアという概念が倫理問題を語る際に等閑視されてきたことは否めまい。パレーシアの意味については、相澤伸依¹⁵⁾によれば、日本語には定訳はないが「つつみ隠さず率直に話す」や「自由にものを言う」などと文脈に応じて様々に訳される。相澤は、パレーシアの基本的構成要素として、(1)「真理」をいうこと；(2) その真理を言うことに何らかの「危険」が伴うこと；および、(3) 危険を顧みず真理をいう「勇気」を挙げている。例えば、君主に真理を進言する臣下は、君主の怒りをかい、死を命じられる危険を顧みず率直に話すという「勇気」を持ってパレーシアを実践するのであり、その「勇気」が語りの真を保証することにもなる。まとめると、パレーシアとは「勇気」を持った人が「危険」を顧みずに「真理」を言うこととなる。パレーシアの(1)の部分や(2)部分は真実告知と重なる語義とみなされよう。

このパレーシアを実践する有徳の志は、パレーシアステース¹⁶⁾とよばれる。それは「真理を語るために生命をかける者」の観念を含むが、むろん、常に生命を賭けるリスクを冒すわけではない。そこには「政治生命」や「学者生命」を失うことや友情を壊すことや信頼を失うことやどこかに左遷されるといったリスクも含まれている。このリスクは、語られた真理が相手を傷つけるのか、怒らせるかもしれないという事実によって生じるもので、相手に対する助言

であったり、相手の思考や判断が間違っているという指摘、あるいは、自分に対して権力行使しているに対する諫言であったりする。このようにパレーシアは、単に真理を語ることでなく、聞き手や、時には話し手みずからを批判する機能をはたすものであるが、重要な点は、パレーシアステースは、聞き手より力を持たない者であることだ。古代ギリシャにおけるパレーシアの特徴には、真理をかたることが義務と判断されていた有徳の観点がある。

こういうパレーシアの機能は、医療過誤や誤診の際に、特に職階の低い医師あるいは医療者が発見した場合の作法として、今後、医療倫理において徳の理論としても研究されるべきテーマである。例えば、医療事故を隠蔽した病院側を研修医や看護師が告発したり、患者の同意なしに新薬の臨床試験を行ったり、医学系大学での教授の研究不正を講師や助手が対外的に明らかにしたりする事例は、枚挙にいとまがない。医学界の場合、内部告発者による権威や学会の批判は、学会からの追放や、教授への昇進の停止や失職のような憂き目にあうのが常であったと言える。

しかし、もとより内部告発とは、国や行政や社会・組織の悪化や腐敗を防ぎ、社会や共同体を健全に保つための自浄作用の機能があり、文化社会的に必要な機能をもつ。内部告発者は、決して組織に対する裏切り者などではなく、社会全体に対する責任や義を重んずる人たちとみなすことができる。こうした場合、彼ら内部告発者（Whistleblowers）はパレーシアステースとみなすべきではなかろうか、あるいは、患者が、担当医や看護師から「侮辱的扱い」を受けたことをその上司に告げた場合、その患者はパレーシアを実践したことになるのではなかろうか、等々を事例研究として各個に検討されるべきであろう。なお、パレーシアの倫理や作法の事例研究については稿を改めたい。

〔注〕

- 〔1〕 従来、「医師—患者関係」と呼ばれてきたが、近年、医療倫理の分野では、医師以外の医療（従事）者を加味して「患者—医療者関係」と呼ばれることが多い。
- 〔2〕 この分類の3つの要素は、倫理学者のR・ヴィーチが1972年に提唱した医師—患者関係で類型化した4つ要素に基づいている〔Veatch, R.M.: Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Center Report 2 (June 1972): pp.5-7, 1972〕。プロディはそのうちの「同僚モデル」除き、他の3つを採用した〔H・プロディ（館野之男・榎本勝之訳）『医の倫理』（第二版）東京大学出版会、35-53頁、1985年〕が、ここで紹介しているモデルは、プロディを受けて筆者が日本の現状に合う形で展開したものである〔村岡潔「医療における情報リテラシー」、板井孝彦・村岡潔編集『シリーズ生命倫理学第16巻「医療情報」』丸善出版、2013年、29-35頁〕。
- 〔3〕 多く誤解されているが＜informed＞は「情報を与えられた」という受け身を示す過去分詞ではなく「熟知している、よくわかっている」という形容詞であり、したがって「インフォームド・コンセント」は知った上での同意の意味であり「熟知同意」（中川米造訳）と訳すとわかりやすい。また日本の臨床では、「医師が説明し患者が同意する」ことを「インフォームド・コンセント」と呼ぶ傾向が強いが、これは日本医師会が「説明と同意」と誤訳したことが災いしている。契約モデルにおけるインフォームド・コンセントは徹頭徹尾、患者の側が行なう行為を指してい

る。医療者が行うのは情報開示・情報提供 (disclosure) と正しく言うべきである。

[4] 本稿中, [] で示す内容は, すべて筆者の追加である。

[引用文献リスト]

- 1) 村岡 潔「医師の裁量権と患者の自己決定権 (1) 両者は「医療過誤」にどう関わっているのか? 佛教大学保健医療技術学部論集 07号 2013年, 13-25頁
- 2) M・フーコー (中山 元訳)『真理とディスクール』筑摩書房, 2002年, 8-22頁
- 3) 村岡潔「医療における情報リテラシー」, 板井孝壺郎・村岡 潔編集『シリーズ生命倫理学第16巻「医療情報」』丸善出版, 2013年, 29-35頁
- 4) 中川米造『医療的認識の探求—増補解題—』医療図書出版社, 1975年, 127-137頁
- 5) 中川米造, 前掲書3), 137-144頁
- 6) American Hospital Association (1973, revised 1992): A PATIENT'S BILL OF RIGHTS, <http://www.carroll.edu/msmillie/bioethics/patbillofrights.htm> (アクセス日: 2012年10月3日)。
- 7) 村岡 潔「人体実験論 (1): 近代医学と人体実験の役割」, 佛教大学社会福祉学部論集, 3号, 2007年, 89-104頁
- 8) <http://ryousin.web.fc2.com/3.html> (アクセス日: 2017年8月3日)。
- 9) 前掲ホームページ6)
- 10) 日野原重明「POSの歴史と今後の発展を強く望んで」: (アクセス: 2017年1月15日) http://www.c-linkage.co.jp/pos2012/pdf/timetable_abs01.pdf
- 11) POS医療学会ホームページ: (アクセス: 2017年1月15日) <http://www.pos.gr.jp/elearning.htm>
- 12) LS・ビックリー, PG・シラギ (福井次矢・井部俊子監修)『ベイツ診察法』株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2008年, 4-10頁
- 13) A・ワイル (上野圭一訳)『人はなぜ治るのか〜現代医学と代替医学にみる治癒と健康のメカニズム』〈増補改訂版〉, 日本教文社, 1993年, 120-124頁
- 14) 福井次矢「医療情報の有用性」, 福井次矢・奈良信雄編『内科診断学』(第3版)所収, 医学書院, 2016年, 17-25頁
- 15) 相澤伸依「フーコーのパレーシア」東京経済大学人文自然科学論集, 第130号, 2011年, 55-69頁
- 16) M・フーコー, 前掲書2), 8-22頁

[付記] 本稿は, 2017年度科研費並びに佛教大学個人研究費による研究成果の一部である。

(むらおか きよし 社会福祉学科)

2017年10月2日受理

